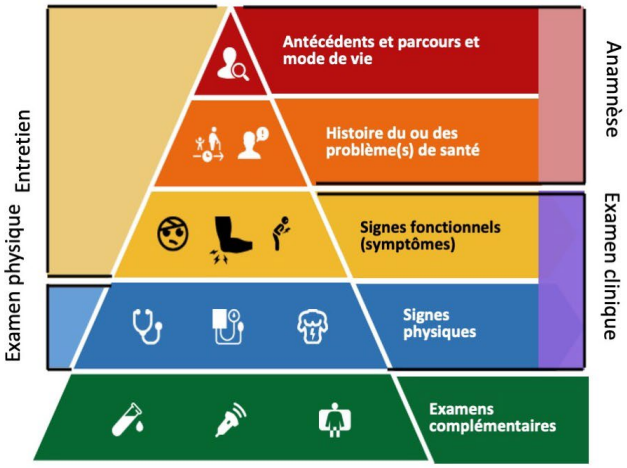
CHAPITRE 1 : MENER L'ENTRETIEN/RÉDIGER L'OBSERVATION

- Entretien : Base essentielle du diagnostic, indispensable pour établir la relation de confiance.
- Permet de relever l'**anamnèse** et les **signes fonctionnels** du patient.
- Complété par **l'examen physique** et les **examens complémentaires.**
- L'ensemble est consigné dans **l'observation médicale** avec une interprétation diagnostique et une proposition de prise en charge.



ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

Approche personnalisée

- Traduire en langage biomédical les problèmes rapportés (décalage réalité/interprétation patient).
- Intégration dans le contexte global du patient :
  - **Perspective patient** (préférences et comportements de santé).
  - **Ressources patient** (moyens pour faire face).

Principaux facteurs contextuels

Perspective patient	**Ressource patient**
Conceptions culturelles/spirituelles	Ressources financières/couverture maladie
État de santé ressenti	Logement/transport
Relation avec les soignants	Ressource cognitive
Attitude envers la maladie et les soins	Langue/capacité de communication
Obligations concurrentes	Ressources émotionnelles
Priorité de santé	Soutien socio-familial
…	…

Flexibilité et attention distribuée

- Premier temps : Présentation puis **question ouverte** (ex. : Que puis-je pour vous ?)
- Second temps : Entretien **dirigé** (≠ liste de questions formatée et inflexible), flexible et attentif aux indices pouvant conduire à réorienter l'entretien. Ne pas rompre la continuité de l'écoute.
- Jongler entre la traduction biomédicale du problème exprimé et la perspective du patient.
- **Prise de note indispensable.**

Conditions du dialogue

- **Environnement calme** et **confidentiel.**
- Parler suffisamment fort, articuler.
- **Tenue** et **attitude adaptée.**
- Se positionner au même niveau que le patient, posture ouverte et confiante.
- Après présentation et explication sur le but de l'entretien, débuter en laissant le patient s'exprimer sans l'interrompre.
- Poursuivre selon le plan suivant : Motif de consult/mode de vie/ATCD/Anamnèse.
- Laisser le patient s'exprimer puis préciser avec des questions fermées si nécessaire.
- Attention au comportement **non-verbal.**
- **Questions sensibles** (sexualité/addictions…) : pas de jugement ni de formulation négative.

	Boîte à outils	- La prise d'infos s'appuie sur des questions : • **Ouvertes** → réponse élaborée. • **Fermées** → nombre limité de réponses possibles. - Attention à ne pas mitrailler le patient de questions pour ne pas donner le sentiment d'un interrogatoire policier. - L'**écoute active** favorise **l'expression spontanée du patient.** (ex. : indicateurs non verbaux, verbaux, témoignages d'empathie, reprise de phrase, relances explicites). - **Reformuler** en cas de doute sur la compréhension - **Récapituler** en fin d'explication → s'assurer la bonne compréhension et montrer son écoute. - **Questions filets :** aides le patient à explorer ses souvenirs (ex. : avez-vous déjà été hospitalisé ?) - Possibilité de s'appuyer sur une liste de **questions génériques fermées** par appareil avec pour chacun les maladies les plus fréquentes. - En cas d'entretien non contributif → diversifier les sources : proches, soignants habituels, témoins, documents.
	Clôture	- S'assurer de l'**absence de questions supplémentaires du patient.** - Poursuivre par **l'examen physique.** - Si nécessaire finir la consultation par récapitulation/information. - Bien s'assurer de la **compréhension du patient.**
OBSERVATION MÉDICALE	**Fonctions**	- Propre à un patient et un lieu de soins. - À l'hôpital : observation initiale + mots d'évolutions. - Contenu : Données patients/Décision et justifications/Prise en charge et résultat/Information délivrée. - Sa qualité témoigne du **respect** accordé au patient et du **goût du travail bien fait**.
	Contenu	- Défini par le CSP (R1112-2), doit comporter : • Date et heure. • Nom, fonction et signature du rédacteur. • Observation médicale initiale : ○ Recueil systématisé d'infos. ○ Problèmes de santé. ○ Hypothèses diagnostiques. ○ Stratégies diagnostiques et thérapeutiques. • Mots d'évolutions : ○ Soins reçus. ○ Évolution clinique. ○ Examens complémentaires. ○ Évolution diagnostique. ○ Modification de PEC. - Si stagiaire → Validation par médecin habilité. - Autres obligations réglementaires : • Traçabilité d'une **réflexion bénéfice/risque avant tout acte** (diag ou thérapeutique). • Traçabilité de **l'info au patient**, montre le consentement éclairé du patient Article L1111-4 « toute personne prend, […], les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix » (sdd 329).
	Rédaction	**- Lisible** = pas d'abréviations personnelles ou de langage SMS. **- Bien structurée** → facilite la recherche d'infos. - Préférer la **réécriture** au copier-coller → diminue le risque de recopier des erreurs. - D'autant plus important si informatisée → réduit le travail à l'édition du CRH. **- Précise** : stade de maladie, équilibre sous TTT, atteintes d'organes…
	Organisation	**1. Motif d'hospit/de consult :** **- Symptôme/syndrome/maladie** identifié par le patient comme nécessitant une solution. Même si d'autres pb sont identifiés lors de la consult. - Motif = **plainte du patient** ≠ Diagnostic (qui est établi à la fin de la démarche médicale). - Motif d'hospit et de consult pour un même séjour peuvent être différents (ex. : consult pour dyspnée, hospit pour anémie). - Rester **critique sur les diagnostics établis.**

		2. Mode de vie +/- détaillé selon contexte (++ en gériatrie). - Statut familial/origine/profession/logement/autonomie/entourage/aides/mesures de protections/couverture sociale (sdd 347)/consommation/voyages/expositions/habitudes alimentaires/orientation sexuelle. - Chercher à savoir qui est le patient, participe également à établir la relation de confiance. **3. ATCD et correspondants :** - ATCD perso : medicaux/chir/gynéco-obs/psy/trauma/allergiques. - ATCD familiaux. - TTT en cours (et automédication, phytothérapie, Etc.) avec poso et horaires de prise. S'aider des **ordonnances**. - Médecins généralistes et spécialistes, avec coordonnées **4. Histoire des pb de santé :** - **Chronologie du pb identifié comme motif d'hospit ou consult.** +/- histoire des pb de santé parallèles. - S'aider des **documents médicaux existants** +++ - Précis +++ (durée des symptômes, évolution, intensité, retentissement, facteurs aggravants ou améliorants, manifestations associées). **5. Examen clinique :** +/- détaillé selon contexte. - Signes vitaux, état général puis examen par appareil, dans l'ordre de pertinence. - Signes fonctionnels en premier. - Idéalement approche syndromique (regroupement des signes par syndrome). **6. Examen complémentaire :** - **Pas en systématique.** - Prescription raisonnée et interprétation selon évaluation clinique (sdd 178). - Ne remplace pas les données cliniques mais les enrichies. **7. Conclusion :** - Liste les pb identifiés (motif de consult + pb parallèles). - Du + grave/important au – grave/important. - Pour chaque pb : niveau de gravité/urgence, hypothèses diag/prise en charge diagnostique et thérapeutique, surveillance. Rq : L'ensemble doit être systématique en début d'apprentissage puis de + en + ciblé avec l'acquisition d'expérience.
	Mot d'évolution	- Reprennent chaque pb de la conclusion initiale avec : • Soins reçus. • Évolution clinique. • Résultats d'examens complémentaires. • Progrès diagnostiques. • Modifications de prise en charge. - Ne pas forcément mentionner les pb déjà résolus mais identifier les nouveaux pb et les analyser selon le masque de la conclusion initiale.